

Adesão ao tratamento da *diabetes Mellitus*: A importância das características demográficas e clínicas

Diabetes Mellitus treatment adherence:
The relevance of demographic and clinical characteristics

Isabel Silva *

José Pais-Ribeiro **

Helena Cardoso ***

Resumo

O presente estudo, de carácter exploratório e transversal, teve como objectivo identificar e analisar variáveis demográficas e variáveis clínicas associadas à adesão aos auto-cuidados da diabetes. Foi avaliada uma amostra de conveniência de 316 indivíduos com diabetes, dos quais 44,6% do sexo masculino; com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos ($M=48,39$; $DP=16,90$); 41,8% ($n=132$) apresenta diagnóstico de diabetes tipo 1 e a duração da doença varia entre 4 meses e 43 anos ($M=13,66$; $DP=9,32$); 59,8% sofre de complicações crónicas da diabetes. Os resultados sugerem que as variáveis demográficas, o tipo de diabetes e o nível de controlo glicémico, de uma forma geral, não estão associados a diferenças na adesão ao tratamento. Porém, a presença de sequelas crónicas e uma maior duração da doença estão associadas a maior adesão a alguns dos auto-cuidados da diabetes.

Palavras-chave: adesão, diabetes, variáveis-demográficas, variáveis-clínicas

Abstract

This transversal exploratory study aimed to identify and analyze demographic and clinical characteristics related to adherence to self-care in diabetic patients. A convenience sample of 316 diabetic patients; of whom 44,6% were males ($n=132$); aged between 16 and 84 years ($M=48,39$; $SD=16,90$); 41,8% with type 1 diabetes diagnosis; and disease ranging between 4 months and 43 years; 59,8% suffering from diabetes chronic complications was studied. Data reveal that demographic variables, diabetes type and glycaemic control level, generally considered, are not significantly related to differences in perceived treatment adherence. However, the presence of diabetes chronic sequelae and diabetes duration are related to better adherence to some of self-care activities in these patients.

Keywords: adherence, demographic-characteristics, clinic-characteristics

* Professora Auxiliar, Universidade Fernando Pessoa.

** Professor Associado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

*** Assistente Hospitalar Graduada, Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António; Professora Auxiliar, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Recebido para publicação em 16-02-06.
Aceite para publicação em 25-05-06.

Introdução

É esperado que os doentes com diabetes executem um complexo plano de acções comportamentais de cuidados numa base diária, ao longo de toda a sua vida. Essas acções envolvem o estilo de vida, medicação (insulina ou anti-diabéticos orais), monitorização dos níveis de glicemia, resposta a sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia, cuidados com os pés e procura de cuidados de saúde adequados para a diabetes ou para outros problemas de saúde. O regime é, ainda, complicado pela responsabilidade que o doente tem de integrar e sequenciar todas estas tarefas comportamentais na rotina do dia a dia, isto é, pela exigência que lhe é feita para que tome constantemente decisões complexas relativamente ao tratamento. Os doentes podem ter de modificar os seus comportamentos de auto-cuidado de situação para situação, não havendo, frequentemente, uma prescrição comportamental estandardizada que lhe possa ser dada e que se mantenha válida através de todas as situações (McNabb, 1997).

Parece haver consenso quanto a considerar que se trata de um tratamento extremamente desafiante pelo grau de envolvimento activo fora do comum que exige ao doente.

Em relação aos doentes com diabetes, a revisão da literatura permite verificar que, tal como se observa com as doenças crónicas em geral, parece ocorrer uma falta de adesão generalizada.

Apesar dos profissionais de saúde desempenharem um papel vital na gestão das doenças crónicas, a responsabilidade pelo tratamento reside, em última instância, no doente e/ou na sua família. No entanto, parece consensual a ideia de que o cumprimento de prescrições não depende exclusivamente da vontade destes últimos (Vázquez, & Ring, 1993).

A investigação e a experiência clínica parecem apontar no sentido de existirem factores relativamente específicos que influenciam a probabilidade de um tratamento prescrito vir a ser implementado, estando esses factores usualmente relacionados com mecanismos de regulação, que envolvem as dimensões instrumental, cognitiva e emocional (Sanchez-Sosa, 2001).

Numerosos são os estudos que procuram analisar os determinantes da adesão e muitos são os factores que têm demonstrado estar relacionados com esta. A adesão ao tratamento tem uma natureza multifactorial, uma vez que é influenciada por variáveis que actuam a partir de fontes diversas, que podem ser agrupadas num conjunto de componentes (Leventhal & Cameron, 1987).

Sackett e Haynes (1976) identificaram mais de duzentas variáveis relacionadas com a adesão ao tratamento, que agruparam em cinco categorias: (1) características do doente; (2) características do tratamento; (3) características da doença; (4) relacionamento com os profissionais de saúde; (5) e variáveis organizacionais e estruturais. Sanchez-Sosa (2001), por sua vez, propõe uma classificação em quatro componentes: (1) o doente; (2) a equipa de saúde; (3) a doença em si; (4) e factores associados às condições do macro-sistema, relacionados com traços socio-económicos, geográficos e culturais de um determinado país.

É muito pouco provável que algum destes grupos de factores actue de forma isolada, sendo natural esperar que factores pertencentes a diferentes fontes interajam, produzindo vários graus de adesão ao tratamento.

Entre os determinantes que têm vindo a ser identificados, salientamos no presente estudo a importância das características do indivíduo e da doença/tratamento.

Diversas são as características da pessoa passíveis de afectar a adesão ao tratamento que têm sido alvo de análise.

Warren e Hixenbaugh (1998) referem que a investigação tem demonstrado que as variáveis demográficas predizem fracamente a adesão aos auto-cuidados gerais da diabetes e verificaram que, de acordo com a idade, diferentes são as formas de não adesão. Por exemplo, entre os mais jovens é mais frequente, ao efectuar o registo da auto-monitorização, a alteração intencional dos valores de glicemia para valores mais aceitáveis, enquanto que, nos mais idosos, é mais frequente a omissão desses valores.

Brooks (2002) constatou que, apesar da idade e a escolaridade demonstrarem estar relacionadas

com a adesão à dieta, essas características demográficas estão apenas fracamente relacionadas com a percepção das barreiras e a adesão ao tratamento em mulheres afro-americanas grávidas.

A investigação tem demonstrado que os adolescentes com diabetes tipo 1 tipicamente aderem menos ao tratamento do que as crianças mais pequenas, nomeadamente em relação à regularidade das injeções de insulina, exercício físico, cuidados alimentares e auto-monitorização da glicemia capilar (Hirschberg, 2001).

Warren e Hixenbaugh (1998) analisaram os efeitos combinados da idade e apoio social, tendo verificado que os doentes com idades compreendidas entre 18 e 50 anos apresentavam uma menor probabilidade de aderirem ao tratamento na presença dos colegas de trabalho, enquanto os indivíduos com diabetes com mais de 50 anos tinham uma maior probabilidade de não adesão na presença de amigos. Estes autores analisaram, ainda, os efeitos do sexo combinados com o apoio social na adesão aos auto-cuidados, tendo constatado que os homens apresentam uma menor adesão ao tratamento na presença de colegas de trabalho do que as mulheres (Warren & Hixenbaugh, 1998).

Ryan (1997) encontrou diferenças significativas quanto à relação idade do doente e crenças determinantes da adesão aos auto-cuidados. Enquanto que para os mais novos, o traço mais crítico parece ser a percepção da gravidade e da susceptibilidade, para os mais velhos, parecem mais determinantes os benefícios percebidos da adesão ao tratamento.

Uma revisão dos estudos publicados nesta área levou Lutfey e Wishner (1999) a afirmar que, se alguns estudos encontram uma relação entre classe social, educação, isolamento social e estado civil, e o comportamento de não adesão, outros estudos obtêm resultados antagónicos, não encontrando qualquer relação entre a adesão e estas variáveis.

Também Wong, Gucciardi e Grace (2005) constataram que os doentes do sexo masculino recebem um apoio mais activo das suas esposas na preparação das refeições e recebem mais encorajamentos verbais, o que se reflecte numa melhor adesão ao tratamento da diabetes.

No entanto, o apoio que os maridos dão às esposas com diabetes parece ser significativamente mais passivo.

No mesmo sentido, McCollum, Hansen e Sullivan (2005) verificaram que as mulheres com diabetes revelam menor nível de saúde e de funcionamento, o que afecta o seu envolvimento em actividades de auto-cuidados relacionados com a doença..

As características do tratamento desempenham, também, um papel essencial na adesão. As especificidades do regime terapêutico, designadamente a sua complexidade, duração e efeitos secundários, parecem assumir um papel mais decisivo para a adesão do que as características particulares do indivíduo.

A literatura tem comprovado que os tratamentos médicos de longo prazo, como o da diabetes, estão associados a baixos níveis de adesão (Ryan, 1997; Watts, 1980).

Jacobson e colaboradores (1990) desenvolveram um estudo longitudinal, que revelou que os padrões de adesão estabelecidos no primeiro ano se mantêm ao longo do tempo, apesar de ir ocorrendo uma deterioração da adesão à medida que a duração da doença aumenta. Os resultados desse estudo vão ao encontro dos obtidos em estudos anteriores, que sugerem a ocorrência de maior deterioração da adesão nos doentes entre os 13 e os 15 anos de idade, bem como o estabelecimento precoce de um padrão de regularidade de manutenção das consultas médicas. Os autores concluíram que, logo após o diagnóstico e ao longo dos dois primeiros anos pós-diagnóstico, decorre um período de dificuldade de adaptação à diabetes e que os padrões de adesão ao tratamento se estabelecem nos primeiros 2 a 4 anos, sendo que os padrões de adesão estabelecidos precocemente tendem a persistir no curso da doença.

Anderson e Laffel (1997) verificaram que a não adesão emerge, em média, 3,5 anos após o diagnóstico e numa idade média de 15 anos, indicando que o terceiro e quarto anos após o diagnóstico da diabetes tipo 1, assim como a adolescência, são períodos de risco para a não adesão.

Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo e Kravitz (1992) desenvolveram um estudo longitudinal com doentes crónicos (com hipertensão, diabetes e doença cardíaca) com o objectivo de identificar os antecedentes da adesão às recomendações médicas, tendo constatado que a não adesão no início do estudo era o maior preditor da não adesão dois anos depois.

Kovacs, Iyengar, Goldston, Obrosky e Marsh (1990) verificaram que, à medida que a duração da diabetes tipo 1 aumenta, também aumenta o *distress* emocional do doente em relação à gestão da doença, o que se poderá reflectir numa diminuição da adesão ao tratamento.

Contrariamente, Garay-Sevilla e colaboradores (1995) observaram que o número de anos após o diagnóstico da diabetes é o maior determinante da adesão à dieta, o que consideram poder indicar que, após anos a viver com a doença, as atitudes de negação são reduzidas e os doentes progressivamente aceitam o tratamento. No mesmo sentido apontam os resultados por nós encontrados num estudo anteriormente realizado, em que se verificou que quanto maior a duração da diabetes maior é, também, a adesão aos cuidados alimentares (Silva *et al.*, 2002b).

A fraca adesão aos auto-cuidados da diabetes parece resultar da combinação de várias características da doença e do seu tratamento, nomeadamente (Vázquez, & Ring, 1993; Wagner, *et al.*, 1998; Warren & Hixenbaugh, 1998): (a) tratar-se de uma doença crónica sem desconforto imediato, nem risco evidente (em que um cumprimento moderado permite alcançar um estado assintomático); (b) o tratamento implicar mudanças no estilo de vida (muitas vezes, de hábitos de vida bem consolidados e considerados pelo doente como gratificantes); (c) o tratamento ser complexo, intrusivo e inconveniente; (d) não haver uma supervisão directa dos comportamentos; (e) o objectivo do tratamento ser a prevenção (das complicações agudas e crónicas) e não a cura; (f) e o doente poder associar o comportamento de adesão a punição ou prémio (por exemplo, fazer pequenas refeições para aliviar os sintomas de uma crise hipoglicémica pode ser percebido como prémio, aumentando a frequência

da ocorrência dessas crises; fazer a auto-monitorização da glicemia pode ser percebido como algo desagradável, o que pode diminuir a frequência desse comportamento).

Frequentemente, as consequências imediatas da adesão ao tratamento são mais aversivas e punitivas do que as do não cumprimento dos conselhos médicos (Vázquez, & Ring, 1993).

Watkins e colaboradores (2000) consideram que existe uma relação curvilínea entre dieta e percepção do fardo da diabetes, o que sugere que a percepção desse fardo é menor para os indivíduos que apresentam uma muito fraca ou muito boa adesão ao regime de alimentação.

A mudança no tratamento da diabetes (de anti-diabéticos orais para insulina ou de dieta para dieta conjugada com anti-diabéticos orais) parece ser associada pelos doentes à crença de que se tornou mais difícil aderir ao regime, pelo que Warren e Hixenbaugh (1998) consideram ser importante avaliar até que ponto a mudança no tratamento é *stressante* para o doente e investigar se há um determinado momento de evolução da doença a partir do qual a pessoa se torna mais resistente às exigências que uma mudança no tratamento implica.

Quanto à presença de complicações crónicas da doença, estas parecem estar associadas, no momento actual, a uma maior adesão ao tratamento, nomeadamente à dieta e toma de anti-diabéticos orais (Silva *et al.*, 2002b).

As características das consultas médicas têm, também, sido relacionadas com a adesão ao tratamento. A investigação sugere que as consultas médicas irregulares estão associadas a problemas no controlo metabólico e a um risco aumentado de complicações (Jacobson, 1996) e que uma maior supervisão e monitorização estão associadas a uma melhor adesão do indivíduo com diabetes ao tratamento (Watts, 1980). Por outro lado, a adesão parece aumentar à medida que a consulta médica se aproxima. Por exemplo, a adesão à auto-monitorização da glicemia capilar no dia anterior à consulta aumenta para 79%, enquanto que nos trinta dias anteriores é de apenas 30% (Wagner, *et al.*, 1998). Também a forma como as instruções são transmitidas ao doente pode ser determinante para

os seus auto-cuidados. Os estudos sugerem que as instruções verbais aumentam a adesão ao tratamento da diabetes e à medicação em geral (Wagner, *et al.*, 1998).

Warren e Hixenbaugh (1998) alertam para o facto de não podermos presumir que os obstáculos à adesão permanecem constantes ao longo do tempo e para a necessidade de se prestar atenção à evolução dessas barreiras.

Em Portugal, não parecem ter vindo a ser realizados estudos sistemáticos que analisem de que forma as variáveis demográficas, características da doença e do tratamento podem estar associadas a diferenças no nível da adesão em doentes diabéticos, pelo que se considera premente o desenvolvimento de investigação neste campo, essencial para que seja possível estruturar planos de intervenção mais dirigidos a aspectos relevantes para esta população, potenciando a sua adesão ao tratamento. Assim, este estudo teve como objectivo identificar e analisar variáveis demográficas e variáveis clínicas associadas à adesão aos auto-cuidados da diabetes.

Método

Participantes

Os participantes constituem uma amostra de conveniência de 316 indivíduos com diabetes, dos quais 44,6% do sexo masculino; com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos ($M=48,39$; $DP=16,90$); 17,7% solteiros; 72,5% casados/união de facto; 3,8% divorciados/separados; 6% viúvos. Dos participantes, 41,8% ($n=132$) apresenta diagnóstico de diabetes tipo 1 e 58,2% ($n=184$) de diabetes tipo 2, e a duração da doença varia entre 4 meses e 43 anos ($M=13,66$; $DP=9,32$). Destes doentes 59,8% sofre de complicações crónicas da diabetes; 49,2% são activos, 5,4% desempregados, 8,6% domésticas, 5,7% estudantes e 31,1% reformados. Todos os participantes são acompanhados na Consulta de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António, no Porto.

Material

Questionário de Auto-Cuidados da Diabetes

Instrumento desenvolvido por Silva e colaboradores (2002a). Trata-se de um questionário de auto-resposta que visa avaliar a adesão ao tratamento na diabetes ao longo da última semana. É constituído por 11 itens, que se agrupam em três dimensões: cuidados alimentares, tratamento insulínico e tratamento com anti-diabéticos orais. O instrumento de resposta tipo Likert, oferece 5 a 6 opções de resposta, conforme a subescala avaliada, sendo que quanto mais elevado o valor obtido, maior será a adesão ao tratamento (na subescala cuidados alimentares o máximo que é possível obter é 28; na subescala tratamento insulínico é 8; e na subescala anti-diabéticos orais é 8). O instrumento apresenta uma consistência interna aceitável, dado o reduzido número de itens que constitui cada uma das subescalas (Silva *et al.*, 2002a): Sub-escala cuidados alimentares ($\alpha=0,62$); Sub-escala tratamento insulínico ($\alpha=0,75$); Sub-escala tratamento com anti-diabéticos orais ($\alpha=0,88$); Escala total ($\alpha=0,66$). O questionário apresenta, ainda, uma boa estabilidade temporal, avaliada através do teste-reteste (Silva *et al.*, 2002a): Sub-escala cuidados alimentares, $r(35)=0,85$; Sub-escala tratamento insulínico, $r(35)=0,72$ (não foi analisada a subescala tratamento com anti-diabéticos orais, pelo número de indivíduos a fazerem este tratamento que participaram nas duas avaliações ser extremamente reduzido). A análise da correlação de cada sub-escala com a escala total sugere que as três sub-escalas apresentam uma correlação superior a 0,40, com excepção do item 8 ($r=0,38$), o que sugere que as sub-escalas apresentam uma consistência interna aceitável (Silva *et al.*, 2002a). Finalmente, a análise da correlação de cada item com as diferentes sub-escalas demonstrou que os itens de cada uma das sub-escalas apresentam uma correlação substancialmente mais elevada com as sub-escalas a que pertencem do que com as outras sub-escalas, demonstrando que a escala possui uma razoável validade convergente-discriminante (Silva *et al.*, 2002a).

Questionário demográfico e clínico

A informação sobre os aspectos demográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de pessoas com quem este vive e actividade profissional/ ocupação), a duração e tipo da diabetes, presença/ausência de complicações crónicas e sobre o controlo glicémico (avaliado através da hemoglobina glicosilada - HbA1c) foi obtida a partir dos processos médicos dos doentes.

Procedimento

Foi solicitada autorização da Comissão de Ética do Hospital Geral de Santo António para a realização do presente estudo.

A amostra sequencial foi constituída por indivíduos que frequentam a consulta externa do Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António e a sua participação obedeceu aos seguintes critérios: ter diagnóstico de diabetes tipo 1 ou tipo 2; com ou sem complicações crónicas associadas à diabetes (visuais, cardíacas, neuropáticas, renais, etc.); informados do diagnóstico; sem perturbações do estado de consciência; não hospitalizados; sem doença associada (excluir quando for mais significativa do que a diabetes).

Os doentes foram contactados no próprio hospital quando aí se dirigiam para consultas de rotina. As informações clínicas e demográficas foram recolhidas a partir dos processos médicos dos doentes e estes responderam aos questionários no contexto de uma entrevista pessoal, após obtenção do seu consentimento informado, respeitando os princípios propostos pela Declaração de Helsínquia, pela qual o hospital se rege. Os participantes foram informados acerca dos objectivos e procedimentos da investigação em que iam participar,

estando livres de qualquer coerção para decidir se queriam ou não responder. Em qualquer momento da sua participação podiam recusar continuar, sendo que dessa recusa não resultariam quaisquer consequências para si. No entanto, nenhum dos doentes contactados recusou a participação em qualquer momento da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo investigador e decorreram entre 26 de Julho de 2000 e 29 de Outubro de 2001.

Para proceder à análise de dados recorreu-se aos seguintes procedimentos estatísticos: estatística descritiva (média, desvio-padrão, valores máximos e mínimos) para descrever a adesão ao tratamento nos doentes avaliados, nomeadamente a adesão aos auto-cuidados alimentares, injeção de insulina e anti-diabéticos orais; coeficiente de correlação de Pearson para analisar a associação entre a adesão ao tratamento e idade, anos de escolaridade, número de pessoas com quem o doente vive e anos de diagnóstico de diabetes; o teste t para duas amostras independentes para analisar a existência de diferenças quanto à adesão ao tratamento entre os dois sexos, doentes com diabetes tipo 1 e tipo 2, doentes com e sem complicações crónicas da diabetes; One-Way Anova para analisar as diferenças ao nível da adesão ao tratamento em doentes com controlo glicémico bom, razoável e mau, e com distintas actividades profissionais.

Resultados

No Quadro 1, apresenta-se uma análise descritiva da adesão ao tratamento da diabetes na amostra estudada, designadamente da adesão aos auto-cuidados alimentares, injeção de insulina e anti-diabéticos orais. São apresentados os valores

QUADRO 1 – Análise descritiva da adesão ao tratamento da diabetes

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Auto-cuidados alimentares	6,00	28,00	22,96	5,36
Tratamento insulínico	0,00	8,00	7,37	1,37
Tratamento com anti-diabéticos orais	0,00	8,00	7,40	1,51

mínimos e máximos obtidos pelos participantes nas distintas subescalas, assim como os valores médios e os desvios-padrões para cada uma destas.

A análise dos dados sugere a não existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e a adesão aos auto-cuidados da diabetes, nem entre esta última e os anos de escolaridade apresentados pelo doente. Também não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre doentes do sexo masculino e feminino, nem entre doentes com diferentes estados civis ou actividades profissionais/ocupações quanto à adesão ao tratamento.

O número de pessoas com quem o doente vive demonstrou estar modesta e positivamente correlacionado com a adesão ao tratamento insulínico ($r(211)=0,20$; $p<0,01$), ainda que não estivesse correlacionado de forma estatisticamente significativa com a adesão aos auto-cuidados alimentares e aos anti-diabéticos orais.

Constatou-se a existência de uma correlação positiva, ainda que fraca, entre a adesão aos auto-cuidados alimentares e a duração da diabetes ($r(304)=0,14$; $p<0,05$).

Quanto ao tipo de diabetes, a análise dos dados aponta para a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com diabetes tipo 1 e tipo 2 em relação à adesão ao tratamento. De igual forma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com bom, razoável e mau controlo glicémico relativamente à adesão aos auto-cuidados.

Finalmente, quando analisada a presença de complicações crónicas da diabetes, os resultados revelam que, ainda que não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas em relação à adesão à insulino-terapia, estas estão presentes relativamente aos outros dois auto-cuidados. Os indivíduos que apresentam sequelas crónicas da doença ($M=23,55$; $DP=5,25$) apresentam uma adesão aos cuidados alimentares superior ($t(305)=2,37$; $p<0,05$) à dos que não sofrem de complicações ($M=22,08$; $DP=5,41$). Por outro lado, os indivíduos com sequelas crónicas da diabetes ($M=7,66$; $DP=1,17$) revelam uma maior adesão aos

anti-diabéticos orais ($t(137)=2,31$; $p<0,05$) do que os que não sofrem dessas complicações ($M=6,98$; $DP=1,90$).

Discussão

Pela análise dos valores obtidos ao nível da percepção que os doentes têm da sua adesão aos auto-cuidados da diabetes, podemos afirmar que, de uma forma geral, estes valores podem ser considerados bons, uma vez que os valores médios se aproximam dos valores máximos que é possível obter nas distintas subescalas. Assim, a percepção destes doentes é de que aderem muito ao tratamento que lhes foi recomendado pelos profissionais de saúde, não só no que diz respeito aos cuidados com a alimentação, mas também no que respeita ao tratamento insulínico e aos anti-diabéticos orais.

De uma forma geral, não parecem existir diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com distintas características demográficas, como sexo, estado civil e actividade profissional/ocupacional, quanto à adesão ao tratamento, nem uma correlação estatisticamente significativa entre esta e a idade e escolaridade do indivíduo.

Porém, o número de pessoas com quem o doente vive demonstrou estar modesta e positivamente correlacionado com a adesão ao tratamento insulínico, ainda que não estivesse correlacionado de forma estatisticamente significativa com a adesão aos auto-cuidados alimentares e aos anti-diabéticos orais. É possível que as pessoas com quem o doente vive constituam uma importante fonte de apoio social, que contribua para que a injeção de insulina se torne menos intrusiva na sua vida.

Em relação às variáveis clínicas, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre doentes com diabetes tipo 1 e tipo 2, nem entre indivíduos com distintos níveis de controlo glicémico quanto à adesão aos auto-cuidados. Todavia, a duração da doença revelou estar fraca e positivamente correlacionada com adesão aos auto-cuidados alimentares. É possível que, com o

tempo, o doente, e até mesmo a sua família, integrem este tipo de cuidados no seu estilo de vida. Todavia, a adesão à insulino-terapia e aos anti-diabéticos orais não demonstrou estar significativamente correlacionada, do ponto de vista estatístico, com esta variável médica. Estes resultados parecem ir ao encontro da tendência que Warren e Hixenbaugh (1998) referem, no sentido de, com o tempo, ir ocorrendo uma diminuição de atitudes de negação e uma aceitação progressiva da doença, o que se reflecte numa maior adesão aos auto-cuidados.

Os resultados do presente estudo sugerem, ainda que os indivíduos que sofrem de sequelas da doença revelam apresentar uma maior adesão ao tratamento do que aqueles a quem as complicações crónicas não foram diagnosticadas. É possível que o confronto com o diagnóstico das complicações crónicas aumente a percepção de vulnerabilidade e gravidade da doença e das suas sequelas, bem como a percepção dos benefícios associados à adesão aos auto-cuidados e, consequentemente, melhore a adesão ao tratamento da diabetes.

Assim, os resultados do presente estudo vão ao encontro de outros apresentados na literatura, que sugerem que as variáveis demográficas são fracos preditores da adesão ao tratamento da diabetes (Garay-Sevilla, *et al.*, 1995). Para além disso, das variáveis relacionadas com a doença e com o tratamento estudadas, apenas se destacam pela sua importância a duração da doença e a presença ou ausência de complicações crónicas da diabetes, variáveis que deverão ser tidas em conta na elaboração e implementação de programas de intervenção que visem promover a adesão ao tratamento da diabetes.

Em conclusão, a investigação psicológica já identificou numerosas variáveis que influenciam os auto-cuidados do doente, mas muitos desses factores potencialmente importantes ainda não foram analisados exaustivamente. A maioria dos estudos realizados é de natureza correlacional, dizendo muito pouco acerca da forma como estes factores se relacionam entre si para afectar a adesão e sobre a alteração dos auto-cuidados ao longo do tempo (Cox, & Gonder-Frederick, 1992).

Sendo esta uma área basilar para o controlo da diabetes, será indispensável desenvolver estudos de carácter longitudinal que nos permitam ter uma maior compreensão da forma como a adesão aos auto-cuidados desta doença é determinada, ao longo do tempo, quer por factores relacionados com o indivíduo, quer por factores associados à diabetes e seu tratamento.

Bibliografia

- ANDERSON, B. J.; LAFFEL, L. M. B. (1997) – Behavioral and psychosocial research with school-aged children with type 1 diabetes. **Diabetes Spectrum**. Vol. 10, n.º 4, p. 277-284.
- BROOKS, L. M. (2002) – **Perceived barriers to treatment adherence among pregnant African American women with diabetes**. Cleveland, Ohio: Case Western Reserve University, Health Sciences. Tese de doutoramento.
- COX, D. J.; GONDER-FREDERICK, L. (1992) – Major developments in behavioral diabetes research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Vol. 60, n.º 4, p. 628-638.
- GARAY-SEVILLA, M. E. [*et al.*] (1995) – Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. **Journal of Diabetes and Its Complications**. Vol. 9, n.º 2, p. 81-86.
- HIRSCHBERG, S. L. (2001) – **The self-regulation of health behavior in children with insulin-dependent diabetes mellitus**. Palo Alto, California: Faculty of Pacific Graduate School of Psychology. Tese de doutoramento.
- JACOBSON, A. M. (1996) – The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. **The New England Journal of Medicine**. Vol. 334, n.º 19, p. 1249-1253.
- JACOBSON, A. M. [*et al.*] (1990) – Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over four-year longitudinal follow-up: I. The influence of patient coping and adjustment. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 15, n.º 4, p. 511-526.
- KOVACS, M. [*et al.*] (1990) – Psychological functioning of children with insulin-dependent diabetes mellitus: a longitudinal study. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 15, n.º 5, p. 619-632.
- LEVENTHAL, H.; CAMERON, L. (1987) – Behavioral theories and the problem of compliance. **Patient Education and Counseling**. N.º 10, p. 117-138.
- LUTFEY, K. E.; WISHNER, W. J. (1999) – Beyond “compliance” is “adherence”. **Diabetes Care**. Vol. 22, n.º 4, p. 635-639.
- MENABD, W. L. (1997) – Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? **Diabetes Care**. Vol. 20, n.º 2, p. 215-218.

- RYAN, C. M. (1997) – Psychological factors and diabetes mellitus. In PICKUP, J.; WILLIAMS, G., ed. lit. – **Textbook of diabetes**. Oxford: Blackwell Science. p. 66.1-66.13
- SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B., ed. lit. (1976) – **Compliance with therapeutic regimens**. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.
- SANCHEZ-SOSA, J. J. (2001) – **Treatment adherence: the role of behavioral mechanisms operating through health care interventions**. Paper presented in the meeting Adherence to Long-Term Therapies: Toward Policies for Action. Geneva: World Health Organization.
- SHERBOURNE, C. D. [et al.] (1992) – Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study. **Journal of Behavioral Medicine**. Vol. 15, n.º 5, p. 447-468.
- SILVA, I. [et al.] (2002a) – Questionário de auto-cuidados na diabetes: contributo para a criação de um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 23, n.º 3, p. 227-237.
- SILVA, I. [et al.] (2002b) – Effects of treatment adherence on metabolic control and quality of life in diabetic patients. **Psychosomatic Medicine**. Vol. 64, n.º 1, p. 125.
- VÁZQUEZ, C.; RING, J. M. (1993) – Altered cognitions in depression: are dysfunctional attitudes stable? **Personality and Individual Differences**. Vol. 15, n.º 4, p. 475-479.
- WAGNER, J. A.; SCHNOLL, R. A.; GIPSON, M. T. (1998) – Development of a scale to measure adherence to self-monitoring of blood glucose with latent variable measurement. **Diabetes Care**. Vol. 21, n.º 7, p. 1046-1051.
- WARREN, L.; HIXENBAUGH, P. (1998) – Adherence and diabetes. In MYERS, L. B.; MIDENCE, K., ed. lit. – **Adherence to treatment in medical conditions**. Netherlands: Harwood Academic Publishers. p. 423-453
- WATTS, F. N. (1980) – Behavioural aspects of the management of diabetes mellitus: education, self-care and metabolic control. **Behavior Research & Therapy**. Vol. 18, n.º 3, p. 171-180.